



เลขที่รับ ๒๕
วันที่ ๒๕ ส.ค. ๖๖
เวลา ๑๒.๕๐ น.

เลขที่รับ ๒๕๕๕
วันที่ ๒๕ ส.ค. ๖๖
เวลา ๑๑.๕๐ น.

ที่ พท ๐๐๐๓/๖๕๕

ศาลากลางจังหวัดพัทลุง

ถนนราเมศวร์ พท ๙๓๐๐๐

๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ยังไม่มีบัญชีพร้อมเพย์
เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพัทลุง นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง นายกเทศมนตรีตำบลและ
นายกองค์การบริหารส่วนตำบล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
๒. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น

ด้วยจังหวัดพัทลุงมีผู้สูงอายุตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ไม่มีบัญชีพร้อมเพย์ จำนวน ๖,๔๓๘ ราย และเมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖ กรมกิจการผู้สูงอายุได้แจ้งแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ กำหนดจ่ายเงินสงเคราะห์ในอัตรา ๑๐๐ บาท ต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๖ เดือน (เดือนเมษายน - กันยายน ๒๕๖๖) กำหนดจ่ายภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๖ และคณะกรรมการประชารัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิในโครงการฯ ได้รับเงินโดยใช้ช่องทางการโอนเงินผ่านระบบพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน

ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้รับเงินดังกล่าวข้างต้น และเตรียมการสำหรับในอนาคตที่ภาครัฐอาจมีมาตรการหรือโครงการใดๆ ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสด จึงขอความอนุเคราะห์ท่านได้ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มดังกล่าวดำเนินการ ดังนี้

๑. เปิดบัญชีเงินฝากธนาคาร และผูกพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน กรณีมีบัญชีเงินฝากธนาคารแล้ว ให้นำสมุดบัญชีเงินฝากไปผูกพร้อมเพย์กับธนาคารนั้นๆ ได้

๒. กรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางไปเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกพร้อมเพย์ได้ หากผู้มีสิทธิไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกพร้อมเพย์ จะต้องกรอกข้อมูลในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) หรือหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ยื่นต่อสำนักงานคลังจังหวัดพัทลุง พร้อมเอกสารประกอบ คือ

๒.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๒ เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๓ สำเนาทะเบียนบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๔ ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน --- อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --
เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน
บัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี -
ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน --- อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --
ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)